

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

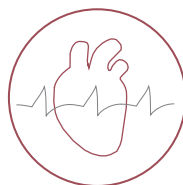
(Київ, 22—25 вересня 2020 р.)

- гострий інфаркт міокарда
- дисліпідемії
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- інтервенційна кардіологія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія та реабілітація
- кардіо-онкологія
- медико-соціальні аспекти кардіології

Том Додаток

27 2

2020



www.ucardioj.com.ua



Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології
імені академіка М.Д. Стражеска" НАМН України»

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 22–25 вересня 2020 р.)

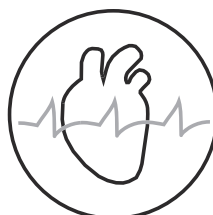
Головний редактор: О.М. Пархоменко

Наукова редакція випуску: М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,
С.М. Кожухов, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,
Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том
26

Додаток
2

2020



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2020

Організаційний комітет XXI Національного конгресу кардіологів України

Президія науково-організаційного комітету

В.М. Коваленко (співголова), В.І. Цимбалюк (співголова), К.М. Амосова, О.М. Біловол, Ю.В. Вороненко, В.В. Лазоришинець, М.І. Лутай, О.М. Пархоменко, Ю.М. Сіренко, О.С. Сичов, Ю.М. Соколов, О.Г. Несукай

Члени науково-організаційного комітету

Л.Л. Вавілова, Л.Г. Воронков, Т.І. Гавриленко, М.М. Долженко, І.М. Ємець, О.А. Коваль, С.М. Коваль, С.М. Кожухов, В.М. Корнацький, О.І. Мітченко, В.З. Нетяженко, Л.А. Міщенко, М.В. Рішко, А.В. Руденко, К.В. Руденко, Н.М. Середюк, М.Ю. Соколов, Т.В. Талаєва, В.К. Тащук, Б.М. Тодуров, О.О. Ханюков, В.Й. Целуйко, В.О. Шумаков

Секретаріат: Л.Л. Вавілова (голова), Р.Г. Іванець, В.М. Корженко, В.Е. Пілецький, О.М. Романова, Т.В. Гетьман, О.В. Срібна, М.А. Гуляницька, Т.М. Мовчановська, М.П. Мостов'як

Генеральні партнери

BAYER
(Німеччина)

AstraZeneca
(Велика Британія)

ДАРНИЦЯ
(Україна)

NOVARTIS
(Швейцарія)

SERVIER
(Франція)

КРКА, д. д., Ново место,
(Словенія)

BOEHRINGER INGELHEIM
(Німеччина)

ACINO «ФАРМАСТАРТ»
(Швейцарія)

ARTERIUM
(Україна)

PFIZER
(США)

Головні партнери

ABBOTT
(США)

ТОВ «САНОФІ-АВЕНТИС
Україна»

КУСУМ ФАРМ
(Україна)

КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ
ЗАВОД (Україна)

САНДОЗ
(Німеччина/Швейцарія)

Партнери

MEDOCHEMIE LTD (Кіпр), ЮРІЯ-ФАРМ (Україна), BERLIN-CHEMIE (Німеччина), ORION (Фінляндія), ROSTGROUP (Україна), GEDEON RICHTER (Угорщина), Борщагівський ХФЗ (Україна), ASPEN PHARMA (Ірландія), WOERWAG PHARMA (Німеччина), EGIS Pharmaceuticals (Угорщина), СОНА-ФАРМЕКСІМ (Україна), Mylan (США)

Зміст

ТЕЗИ НАУКОВИХ ДОПОВІДЕЙ

Артеріальна гіпертензія	4
Симптоматичні артеріальні гіпертензії	9
Хронічна ішемічна хвороба серця	20
Кардіометаболічний ризик	37
Гострий коронарний синдром та невідкладні стани	50
Інфаркт міокарда та відновлювальне лікування	67
Некоронарогенні захворювання серця	72
Аритмії серця	77
Серцева недостатність	98
Різні проблеми кардіології	106
Алфавітний показник авторів тез	107

Фібриляція передсердь і асимптомна гіперурикемія в пацієнтів з абдомінальним ожирінням

О.Я. Маркова, В.А. Потабашній

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
Кривий Ріг

Попередні дослідження довели зв'язок між абдомінальним ожирінням, дисліпідемією, інсулінорезистентністю, системним запаленням, ендотеліальною дисфункцією і розвитком артеріальної гіпертензії (АГ) та атеросклерозу. Останнім часом до факторів ризику АГ включено гіперурикемію. Однак недостатньо вивчено вплив асимптомної гіперурикемії (АГУ) на розвиток фібриляції передсердь (ФП). Метааналіз 6 одноцентрових досліджень довів, що гіперурикемія на 49 % збільшує ризик ФП (Zhang C.-H. et al., 2016).

Мета – встановити зв'язок між ФП, концентрацією сечової кислоти (СК) в крові з рівнем загального холестерину (ХСзаг), ліпопротеїнів низької (ЛПНЩ) і високої щільності (ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), глікемії у пацієнтів з ФП і абдомінальним ожирінням та їх вплив на рівень серцево-судинного ризику.

Матеріали і методи. Критерії включення: ФП з наявністю абдомінального ожиріння. Критерії виключення: АГ, ІХС, цукровий діабет, інсульти, транзиторні ішемічні атаки, хронічна хвороба нирок, серцева недостатність. До дослідження увійшли 30 пацієнтів (17 жінок і 13 чоловіків) віком від 31 до 59 років з ФП без підтвердженої АГ та ІХС. Обстеження пацієнтів проводили згідно з Наказом МОЗ України № 564 від 13.06.2016 року «Профілактика серцево-судинних захворювань». Ожиріння визначали за індексом маси тіла ($IMT \geq 30 \text{ кг/м}^2$), а абдомінальне ожиріння – за обсягом талії (у жінок $\geq 88 \text{ см}$, у чоловіків ≥ 102). Діагностику ФП здійснювали за Наказом МОЗ України №597 від 15.06.2016 «Фібриляція передсердь». Критерієм асимптомної гіперурикемії вважали підвищення рівня СК в сироватці крові $> 420 \text{ мкмоль/л}$ у чоловіків і $> 360 \text{ мкмоль/л}$ у жінок за відсутності симптомів і/або ознак осідання кристалів уратів. Для виключення АГ використовували офісне вимірювання АТ і ДМАТ. З метою визначення ФП і виключення епізодів ішемії міокарда застосовували ЕКГ і амбулаторний моніторинг ЕКГ. В крові визначали рівні ХСзаг, ЛПВЩ, ЛПНЩ, ТГ, глікемію натщесерце. За шкалою SCORE розраховували рівень серцево-судинного ризику.

Результати. Кількість балів за шкалою CHA_2DS_2-VASc у чоловіків дорівнювала 0, а у жінок – 1. Тяжкість симптоматики ФП за шкалою EHRA не перевищувала 2 балів. За перебігом ФП у 21 випадку була пароксизмальною, у решти – персистоючою. Серед обстежених у 15 IMT був у межах від 30 до 35 кг/м^2 , у 10 – від 36 до 40 кг/м^2 , у 5 – понад 40 кг/м^2 . Обсяг талії (ОТ) у 8 пацієнтів

становив від 88 до 102 см (ж), у 15 – від 102 до 110 см, у 7 – понад 110 см. У пацієнтів з морбідним ожирінням (IMT понад 40 кг/м^2) ОТ перевищувала 110 см. АТ відповідав нормальному рівню у 18 (60 %) пацієнтів, у решти був у межах високого нормального АТ. Серед обстежених курців було 16 (53,3 %). Рівень ХСзаг перевищував 6,5 ммоль/л у 21 (70 %) пацієнта, у решти понад 5,0 ммоль/л. Рівень ЛПНЩ > 3 ммоль/л у 74 % обстежених. Рівень глюкози в плазмі крові натщесерце $> 5,6$ ммоль/л, але $< 7,0$ ммоль/л у 64,5 % пацієнтів. Рівень серцево-судинного ризику за шкалою SCORE був помірно підвищеним у 17 (56,7 %), високим – у 8 (26,7 %) і надто високим – у 5 (16,6 %). Гіперурикемія виявлена у 18 (60,0 %) випадках (10 жінок і 8 чоловіків). Кореляція між рівнем ЛПНЩ, ТГ, ЛПВЩ, глікемією і рівнем сечової кислоти становила $+0,472$, ($p < 0,05$), $+0,561$ ($p < 0,05$), $+0,128$ ($p > 0,05$) і $+0,51$ ($p < 0,05$).

Висновки. Фібриляція передсердь, яка асоційована з АГУ, у пацієнтів з абдомінальним ожирінням без АГ та ІХС була у прямому кореляційному зв'язку з гіперхолестеринемією, гіпертригліцеридемією і глікемією у предіабетичному ранзі. При низькому рівні шкали CHA_2DS_2-VASc ожиріння слід розглядати як додатковий фактор для модифікації тромбоемболічного ризику. Додаткове до шкали SCORE врахування ЛПНЩ, ТГ і рівня сечової кислоти в крові дозволяє оптимізувати визначення рівня серцево-судинного ризику. Необхідні подальші дослідження для встановлення прямого або опосередкованого зв'язку між ФП і АГУ.

Особливості вегетативної регуляції серцевого ритму у пацієнтів похилого віку з гострим інфарктом міокарда та анемією

О.В. Назаренко, О.О. Солов'юк

Запорізький державний медичний університет

Анемія є поширеним коморбідним станом у пацієнтів похилого віку, що збільшує ризик розвитку ускладнень та смертності при гострому інфаркті міокарда.

Мета – оцінити особливості вегетативної регуляції серцевого ритму за допомогою вивчення показників варіабельності ритму серця (ВРС) у пацієнтів похилого віку з гострим Q-інфарктом міокарда та анемією.

Матеріали і методи. Обстежено 55 хворих на гострий Q-ІМ із супутньою хронічною анемією, 28 чоловіків та 27 жінок віком від до 43 до 73 років (середній вік $(60,4 \pm 1,26)$ років). До першої групи увійшло 30 пацієнтів віком старше 60 років. До другої – 25 хворих середнього віку. Анемію діагностували при рівні гемоглобіну (Hb) у чоловіків нижче 130 г/л, у жінок – нижче 120 г/л. Для оцінки показників ВРС всім хворим проводили добове моніторування ЕКГ на 5–7-й день захворювання за допомогою

холтерівської системи DiaCard II. Статистичну обробку даних здійснювали методами варіаційної статистики за допомогою програми Statistica 6.0.

Результати. Всі хворі на Q-IM мали анемію легкого та середнього ступеня тяжкості. Вірогідних відмінностей показників Hb та еритроцитів у пацієнтів різних вікових груп не спостерігалось. Показник гематокриту (Ht) був достовірно нижчим у групі хворих похилого віку – $0,35 \pm 0,01$ од. проти $0,37 \pm 0,01$ од. ($p < 0,05$).

У хворих похилого віку з Q-IM та анемією частіше відзначалися аритмічні ускладнення та епізоди ішемії міокарда. Кількість суправентрикулярних екстрасистол за добу становила $855,8 \pm 288,8$ еп/доб проти $661,84 \pm 357,4$ еп/доб ($p < 0,05$) в осіб середнього віку, середня кількість епізодів ішемії за добу – $8,8 \pm 2,2$ еп/доб проти $4,4 \pm 1,9$ еп/доб ($p < 0,05$), а тривалість ішемії $140,2 \pm 49,5$ хв/доб проти $49,2 \pm 23$ хв/доб відповідно ($p < 0,05$).

При аналізі часових показників BPC у хворих похилого віку спостерігалися достовірно нижчі показники добові показники SDNNi ($(31,6 \pm 2)$ мс проти $(41,9 \pm 2,7)$ мс² $p < 0,05$) та SDANN ($(76 \pm 5,5)$ мс² проти $(94 \pm 6,7)$ мс²), $p < 0,01$. Добові значення RMSSD та pNN50 вірогідно не відрізнялися. При порівнянні спектральних показників BPC у хворих похилого віку з Q-IM та анемією було виявлено зниження потужності дуже низьких частот (VLF) за добу ($(678,9 \pm 97)$ мс² проти $(961,6 \pm 108,8)$ мс², $p < 0,05$) і денний період ($(577,2 \pm 75,8)$ мс² проти $(890,4 \pm 95)$ мс², $p < 0,01$). Також спостерігалися достовірно нижчі показники низьких частот (LF) вночі – (524 ± 95) мс² проти $(890,3 \pm 139,7)$ мс², $p < 0,05$. Вікових відмінностей щодо показника LF/HF (симпто-вагального індексу) у хворих на Q-IM з анемією виявлено не було.

У групі хворих похилого віку виявлено кореляційний зв'язок підвищеної середньодобової ЧСС з віком ($r = 0,41$, $p < 0,05$) та низькими показниками Ht ($r = -0,41$, $p < 0,05$). Низькі часові та спектральні показники BPC у літніх хворих з Q-IM та анемією були пов'язані з тяжкістю анемії. Рівень Hb вірогідно асоціювався зі зниженням добових показників SDNNi ($r = 0,37$, $p < 0,05$), VLF ($r = 0,32$, $p < 0,05$), LF ($r = 0,34$, $p < 0,05$) та HF ($r = 0,34$, $p < 0,05$). Також спостерігався зворотний зв'язок рівня Hb з проявами ішемії міокарда – кількістю ($r = -0,31$, $p < 0,05$) і тривалістю епізодів ішемії ($r = -0,32$, $p < 0,05$) за добу.

Висновки. Показники BPC у пацієнтів похилого віку з Q-IM та анемією характеризувалися вірогідно меншими показниками SDNNi і SDANN, VLF і LF, що відображає падіння ефективності вегетативної регуляції серцевої діяльності в цілому та асоціювалося зі збільшенням частоти порушень серцевого ритму та проявів ішемії міокарда.

Життєво небезпечні аритмії, предиктори вторинного інфаркту міокарда (клінічний випадок)

Ю.А. Остапчук^{1,2}, А.І. Витриховський^{3,4},
Н.М. Сердюк^{3,4}

¹ Українська медична стоматологічна академія, Полтава

² КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради»

³ Івано-Франківський національний медичний університет

⁴ КНП «Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр Івано-Франківської обласної ради»

Синдром Бланда – Уайта – Гарланда / ALPACA (Anomalous Left Coronary Artery From Pulmonary Artery, аномальне відходження лівої коронарної артерії (ЛКА) від стовбура легеневої артерії (ЛА)) належить до аномалій коронарних артерій (АКА). Виділяють сім АКА відповідно до топіки їх відходження та клінічної складності, першою з яких є відходження коронарних артерій від легеневого стовбура. Вважається, що більшість синдромів ALPACA клінічно не проявляються, а «дебютують» і фінішують раптовою серцевою смертю.

Клінічний випадок. Прикладом успішною корекції ALPACA є клінічне спостереження, медикаментозне та хірургічне лікування. Пацієнт К., 29 років у 2019 році звернувся за медичною допомогою з причини підвищення температури тіла до 38° протягом 2 днів. У 2005 р. встановлено діагноз: феномен WPW. ЕхоКС: підозра на аномальне відходження ЛКА від ЛА. 2009 р. ХМ ЕКГ: 179 шлуночкових політопних екстрасистол, 8 бігеміній, одна пробіжка шлуночкової тахікардії, пароксизм фібриляції передсердь. 25.05.2019 р. у тренажерному залі у м. Прага втратив свідомість. Зафіксована фібриляція шлуночків, проведено дві електричні кардіоверсії та успішна серцево-легенева реанімація. 20.06.2019 р. у НІССХ імені М.М. Амосова проведена КАГ та МСКТ. Виявлено: правий тип кровопостачання міокарда, ЛКА відходить від проксимального сегмента стовбура ЛА, стоншена; права коронарна (ПКА) артерія відходить від правого синуса Вальсальви аорти, звивиста, з петлею в дистальному сегменті. 26.07.2019 р. Ехо-КС: Сегментарна скоротливість: гіпокінез передньої стінки, верхівки, перегородки, задньонижнього сегменту; нормокінез інших сегментів; ФВ ЛШ = 34 %. Оперативне лікування: корекція аномального відходження ЛКА від ЛА; мамо-коронарне шунтування-1(МКШ) (LIMA-LAD). 05.08.19 р. Діагноз: ВВС: синдром Бланда – Уайта – Гарланда / ALPACA – аномальне відходження лівої коронарної артерії від стовбура легеневої артерії. Мінімальна мітральна недостатність та помірна дилатація лівого шлуночка. Постінфарктний міокардіофіброз передньо-септальних та передньо-верхівкового